

UNITAT D' INSUFICIÈNCIA CARDIACA DE L'IMAS

INTERVENCIÓ MULTIDISCIPLINÀRIA BASADA EN INFERMERIA EN PACIENTS AMB INSUFICIÈNCIA CARDIACA

Protocol per a la Integració d' Equips Multidisciplinaris en l' Àmbit de la Unitat d' Insuficiència Cardíaca i la Seva Coordinació per Equips d' Infermeria

Programa d' Insuficiència Cardíaca de l' IMAS
Gener de 2007

Antecedents i Justificació de la Proposta de Transformació de la UIC en una Unitat d' Insuficiència Cardíaca Multidisciplinària i Integrada

La insuficiència cardíaca és una síndrome que es dona en la fase final de la majoria de malalties cardíques i que es caracteritza per portar associada una alta mortalitat i morbilitat.

A part d' aquest fet preocupant, altres aspectes posen de relleu la magnitud del problema: la seva prevalença, que és creixent, assolirà en els pròxims anys proporcions epidèmiques, afecta fonamentalment a pacients d' edats avançades, és la causa més freqüent d' ingrés hospitalari en pacients més grans dels 65 anys i suposa entre el 1 i 2 % del total de la despesa sanitària en la majoria de països occidentals essent un 70% d' aquesta despesa atribuïble a l' hospitalització.

En els últims anys, el maneig dels pacients amb IC en l' àmbit d' unitats especialitzades (Programes o Unitats d' Insuficiència Cardíaca) ha demostrat un impacte favorable en la seva evolució : en aquesta línia, la Unitat d' Insuficiència Cardíaca (UIC) del Servei de Cardiologia de l' Hospital del Mar, que entrà en funcionament l' any 2000, va demostrar que el maneig especialitzat dels pacients en IC en una estructura assistencial d' aquestes característiques redueix la mortalitat, la hospitalització i la freqüentació a urgències respecte el maneig convencional (*Circulation 2002;106(9): 11-568*).

L' aplicació sistemàtica dels tractaments recomanats a les guies de pràctica clínica és capaç de millorar l' evolució de la malaltia. Malgrat això, el tractament de la IC és molt complex i divers de manera que la seva optimització requereix centralitzar la gestió del pacient en facultatius i infermeres especialitzades en la IC en l' àmbit de les UIC.

Encara que un perfil de tractament òptim és imprescindible per a millorar l' evolució dels pacients, existeixen altres aspectes que si no es corregeixen poden conduir al fracàs de la intervenció per part de les UIC.

No podem oblidar que alguns d' aquests aspectes (orgànics, cognitius, funcionals, socials i psicològics) , tenen molt que veure amb el perfil geriàtric de la majoria de pacients que pateixen IC i precisen d' una avaluació i intervenció per part de personal especialitzat en diverses disciplines.

La majoria d' aquests pacients precisen d' una intervenció multidisciplinària i coordinada en suport al equip central que es responsable del pacient i que ha conduït a la transformació de les UIC en Unitats Multidisciplinàries (intervenció pluridisciplinària complementària a la dels cardòlegs i infermeres especialitzades en IC de les UIC) i Integrades (UIC que integren part de l' atenció centrada en l' Hospital i part de l' atenció a través d' equips d' Atenció Primària i que treballen coordinades).

Amb la present proposta perseguim el desenvolupament final del nostre Programa d' IC un programa multidisciplinari com a model assistencial per als nostres pacients que pateixen IC.

Protocol de Coordinació de l' Equip Multidisciplinari de la UIC

Objectius

- Detecció precoç de pacients amb dades de fragilitat
- Reduir l' estada hospitalària en pacients amb IC especialment en aquells amb dades de fragilitat i en els tributaris de tractament pal·liatiu
- Promoure la connexió dels àmbits hospitalari i AP (continuitat assistencial)
- Posar les condicions idònies per a evitar el reingrés del pacient
 - En aspectes relacionats amb la IC pròpiament
 - pla diagnòstic
 - tractament mèdic
 - planificació de l'alta (*discharge planning*)
 - altres tractaments
 - educació en la IC (fomentar l' autocura)
 - rehabilitació cardíaca
 - En els aspectes socials i de comorbiditat
 - suport social
 - continuïtat assistencial adequada al pacient
 - en funció de les característiques del pacient (procés individualitzat) i les seves necessitats en el moment de l' alta (informació obtinguda fruit de l' avaluació de l' equip), s' activaran diferents circuits en funció dels recurs assistencial més adient per assegurar la continuïtat assistencial
 - rehabilitació
 - optimització metabòlica en diabètics
 - optimització nutricional
 - tractament pal·liatiu

Àmbits de la Intervenció Multidisciplinària

La intervenció multidisciplinària que proposem es aplicable als pacients hospitalitzats per IC al servei de Cardiologia i a la Unitat de Geriatria d' Aguts malgrat que la seva aplicació en aquests dos nivells assistencials es basa en protocols d' actuació específics en base a les seves característiques diferencials i que més enllà del pacient hospitalitzat, cal entendre la seva extensió al pacient ambulatori i la seva coordinació amb el protocol centrat en domicili. En aquest document descrivim el procés de la UIC del Servei de Cardiologia.

L'aspecte més destacat d' aquesta intervenció a part del seu caràcter multidisciplinari és que la coordinació del procés el realitza l'equip d' infermeria.

Els motius per a que la coordinació es basi en la infermera son:

1. La majoria d' experiències amb èxit en el maneig protocolitzat de pacients amb IC es fonamenten en estructures basades en infermeria (*nurse-led heart failure clinics*)
2. Dedicació temporal amplia al mateix pacient
3. Proximitat física i possibilitat d' establir una forta transferència amb el pacient
4. Possibilitat de conèixer en profunditat els aspectes de salut, hàbits de vida, entorn social i familiar del pacient i modificar els aspectes negatius per a millorar l' autocura a través de la educació

5. Proximitat física al mateix en l' entorn de l' hospitalització que permet actuar com a receptor i vehiculitzar de forma òptima la informació procedent dels diversos equips que intervenen en la gestió del pacient

Descripció de l'Estructura Organitzativa de l' Equip Multidisciplinari (professionals o equips, funcions genèriques i específiques i membres col·laboradors)

La intervenció, basada en infermeria, es guia per una trajectòria específica elaborada amb aquesta finalitat.

EQUIP INFERMERIA DE CARDIOLOGIA

Coordinadora del procés d' intervenció d' infermeria

- Funcions:
 - detectar els nous pacients ingressats per IC a Cardiologia assignats a la UIC
 - assignar la seva avaluació a una infermera del equip específica i registrar aquesta assignació en un document consultable per l' equip (trajectòria)
 - monitoritzar que l' avaluació del pacient es dugui a terme (seguiment del compliment del checklist)
 - informar l' equip de neuropsicologia dels nous casos
 - vehiculitzar la informació procedent de l' avaluació d' infermeria a la sessió conjunta
 - dur a terme la complimentació dels tests d' avaluació del pacient o monitoritzar la seva omplida quan aquesta tasca la fa la infermera de sala de cardiologia amb l' avaluació neuropsicològica i d' infermeria així com en compliment del registre i execució de les trajectòries d' infermeria
 - coordinació amb la infermera de recerca per a planificar els seguiments dels pacients abans de l' alta
 - monitorització de la planificació de l' alta i aplicació del protocol de preparació a l' alta , intervenció educativa i seguiment post alta
 - recull esquemàticament les decisions preses a la sessió de l' equip multidisciplinari i les reflexa en la trajectòria
 - Supervisa que l' stock de còpies de material educatiu, quaderns de recollida de dades i còpies dels tests sigui suficient
 - Efectua l' avaluació d' infermeria en aquells pacients en que per la seva ubicació no poden ser avaluats per l' equip de sala habitual
 - du a terme l' educació del pacient quan aquesta no pot ser realitzada per la infermera de la sala de cardiologia
 - Monitoritza l' activació dels equips de suport de la UIC o els activa si la infermera de sala no pot
 - Condensa la informació procedent dels equips de suport
 - Actua com a nexa de connexió entre l' EMD

- Membres:
 - Infermera Coordinadora de la intervenció de l' Equip Multidisciplinari a Cardiologia (EMD): infermera especialitzada en IC

Infermeria de Sala d' Hospitalització de Cardiologia

- Funcions:
 - Responsable de l' avaluació sistemàtica de TOTS els pacients amb IC assignats a equip de la UIC
 - Explica al pacient i familiars les característiques de l' intervenció de l' equip multidisciplinari
 - A requeriment de la coordinadora del procés efectua una primera avaluació inicial amb especial interès en aspectes socials
 - Administra els tests per a valorar
 - Suport social
 - Barber per fragilitat
 - Dependència
 - Funció familiar
 - Qualitat de vida per IC
 - Nivell d' autocura per a la IC
 - Entrevista per conèixer estructura familiar, entorn físic i autonomia actual
 - Posa en comú aquesta informació amb la infermera coordinadora, el facultatiu IC i la infermera de connexió amb AP
 - Activa intervenció de (complimenta i dona curs a interconsultes en nom de l' equip de la UIC dirigides a)
 - Fisioterapeutes
 - UFISS de Geriatria
 - Infermera de connexió amb AP
 - Treballadora social
 - Cures Pal·liatives
 - Infermera de recerca de la UIC
 - Equip de Diabetologia
 - Posa en comú amb el facultatiu i la infermera coordinadora de l' EMD el resultat provisional de l' avaluació de la resta dels membres de l' equip multidisciplinari
 - Transmet la informació fruit de la seva avaluació en la reunió del equip multidisciplinari
 - Planifica alta amb facultatiu
 - Aplica el protocol de preparació a l' alta
 - Manté actualitzat el registre d' informació en el full de trajectòries
 - Identifica el cuidador competent, l' educa en la IC i l' avalua
- Membres
 - Infermeria dedicada a l' atenció dels pacients en sala d' hospitalització de cardiologia (unitat 02)
 - Infermera coordinadora del procés

Infermeria del Hospital de Dia de la UIC

- Funcions:
 - A petició de la infermera de sala, es presenta al pacient abans de l' alta amb la data de seguiment a l' hospital de dia i amb la informació bàsica per a un contacte precoç si precisa
 - Intervé en la sessió de l' equip multidisciplinari compartint la informació procedent de l' avaluació dels pacients hospitalitzats i dels pacients que ja eren controlats a l' Hospital de Dia en cas de reingrés
 - Pren notes específiques durant la sessió de l' equip per tal de planificar de forma individualitzada el seguiment en aquest àmbit dels pacients que seran controlats en el Hospital de Dia o bé que seran inclosos en seguiment per atenció domiciliària

- Membres:
 - Infermera de l' Hospital de Dia

Infermera per a la Recerca

- Funcions:
 - Intervé a instància del facultatiu i de l' infermera de sala de Cardiologia
 - Durant la sessió de l' equip coordina amb el facultatiu i la infermera de sala l' alta de cara a planificar les proves dels protocols i els seguiments
 - Durant la hospitalització i un cop es decideix la inclusió del pacient en algun del protocols de recerca realitza les següents tasques:
 - Recull el consentiment informat dels protocols un cop signat pel pacient i facultatiu que explica el protocol
 - Administra els tests
 - Extrau les mostres de sang per als protocols
 - Supervisa la realització del test de 6 minuts pre alta
 - gestiona les mostres obtingudes dels pacients
 - planifica els seguiments
 - En coordinació amb infermeria de l' Hospital de Dia, infermera de sala i tenint en compte data d' alta programa les proves complementaries i visites necessàries per al protocol
 - Anota en la agenda de protocols recordatori per a citar al pacient per a seguiments successius i per a programar proves complementaries o visites si procedeix
- Membres:
 - Infermera per protocols de Exploracions Complementaries de Cardiologia
 - Infermera coordinadora del procés

FACULTATIU ESPECIALISTA EN IC DE LA UIC

- Funcions
 - Integra la informació procedent del equip
 - Dirigeix sessió conjunta de l' equip multidisciplinari
 - Planifica conjuntament amb infermeria de sala la data d' alta
 - Comunica a la infermera de sala amb 48 hores d' antelació el tractament previst a l' alta
 - Comunica a la infermera de recerca els candidats a protocols de la UIC
 - Complimenta el QRD dels protocols
- Membres
 - Facultatius especialistes IC de Sala de Cardiologia i Hospital de Dia

FISIOTERAPEUTA

- Funcions
 - A requeriment de l' equip , intervenció de forma precoç en pacients hospitalitzats per IC susceptibles de millorar amb fisioteràpia intrahospitalària
 - Col·laborar en la selecció de pacients candidats a programa de rehabilitació
 - Un cop planificada l' alta, instruir al pacient en la rutina d' activitats a realitzar a domicili (liurament de material conjuntament amb el del protocol educatiu)
 - Participa en la sessió conjunta de l' equip multidisciplinari informant sobre el progrés funcional del pacient
- Membres:
 - Fisioterapeutes assignades específicament pel servei de Rehabilitació del IMAS
 - Terapeuta ocupacional
 - Facultatiu del Servei de Rehabilitació del IMAS

EQUIP DE GERIATRIA

UFIS de Geriatria

- Funcions:
 - A requeriment de l' equip d' infermeria, intervenció precoç en pacients hospitalitzats per IC que compleixin criteris de sol·licitud de valoració
 - Identificació de pacients susceptibles d' estada a Convalescència per a recuperació funcional i coordinació amb l' equip multidisciplinari del trasllat a aquesta àrea
 - Identificació de pacients no susceptibles de milloria funcional i tributaris de recurs socio sanitari per a completar tractament (llarga estada)
 - Col·laboració amb l' equip en la identificació de pacients tributaris de maneig paliatiu en situació terminal i en situació no terminal immediata
 - A criteri del facultatiu de la UFIS, valorar la selecció de pacients tributaris de seguiment ambulatori per part del Servei de Geriatria
 - Participació en les sessions conjuntes de l' equip multidisciplinari quan se'l requereix
- Membres:
 - Facultatiu UFIS de Geriatria
 - Infermera UFIS
 - Treballadora Social UFIS

TREBALLADORA SOCIAL

- Funcions:
 - Valoració a requeriment de l' equip, de pacients no tributaris d' intervenció per part de UFIS de Geriatria amb condicionants socials desfavorables i que precisin intervenció dels serveis socials locals per a garantir una atenció postalta adequada (assegurar bon nivell d' autocura)
 - Coordinació del treball de contacte entre l' equip i el/la treballador/a social local (existent prèviament o per assignar)
- Membres:
 - Treballadora social de la UIC

NEUROPSICOLOGIA

- Funcions:
 - A requeriment de la infermera coordinadora del procés, efectua avaluació neuropsicològica de TOTS els pacients ingressats per IC a càrrec de la UIC (es requereix que l' equip de neuropsicologia es posi en contacte de forma periòdica amb la infermera coordinadora)
 - Comenta els resultats de l' avaluació amb la infermera responsable del pacient i la coordinadora
 - Complimenta el quadern de tests del pacient
 - En la sessió del equip multidisciplinari comenta els resultats fruit de l' avaluació amb la resta de l' equip i suggereix els pacients que es beneficien de seguiment a CCEE per part de la Secció de Neurologia de la Conducta
- Membres:
 - Psicòleg Becària de la Secció de Neurologia de la Conducta
 - Neuròleg de la Secció de Neurologia de la Conducta

CURES PAL·LIATIVES

- Funcions:
 - A requeriment de la infermera coordinadora de l' EMD , i després de consensuar amb el conjunt de l' equip el caràcter pal·liatiu del pacient sigui terminal a curt plaç o no , s' activarà la interconsulta de l' equip de cures pal·liatives
 - Aquest equip farà una valoració del pacient per tal de:
 - contribuir a l' ajust del tractament de confort
 - determinar la idoneïtat per al seu trasllat a una àrea específica per a dur a terme un tractament centrat en la pal·liació
 - comunicar a la infermera coordinadora i a la infermera i el facultatiu responsables del pacient la opinió al respecte
 - Participar en les sessions conjuntes de l' equip a requeriment d' algun dels membres del equip multidisciplinari:
 - per comentar algun cas abans d' interconsultar
 - per discutir l' estat d' algun pacient que ha estat valorat per l' equip de cures pal·liatives
- Membres:

- Metge Adjunt de l' Equip de Cures Pal·liatives
- Infermer/a de l' Equip de Cures Pal·liatives

EQUIP DIABETOLOGIA I NUTRICIÓ

- Funcions:
 - avaluar tots els pacients ingressats per IC a càrrec de la UIC per a la detecció de pacients amb DM diagnosticada o no
 - Iniciar, en casos seleccionats, la tasca educativa per part de la infermera de l' equip de diabetologia
 - Planificar el tipus de control metabòlic un cop es realitzi l' alta (intensiu vs convencional) en funció de les característiques del pacient així com les avaluacions per a detectar dany orgànic associat a la DM
 - En pacients tributaris de control convencional, es farà interconsulta convencional al servei d' endocrinologia a criteri del facultatiu d' IC
 - En pacients tributaris de control metabòlic intensiu, el propi equip de diabetologia iniciarà la intervenció intrahospitalàriament i planificarà els seguiments
 - Participar en les sessions de l' equip multidisciplinari, sempre que sigui precís en opinió de qualsevol membre de l' equip
 - Recollir les dades clíniques pertinents en el quadern de recollida de dades
 - Assessorar a la infermeria sobre aspectes nutricionals dels pacients amb IC amb problemes de desnutrició, caquèxia cardíaca o obesitat
 - Promoure l' educació nutricional en pacients mal complidors siguin o no diabètics
- Membres:
 - Facultatiu especialista en Endocrinologia, Nutrició i Diabetis
 - Infermera de l' Hospital de Dia d' Endocrinologia
 - Nutricionista

Sistemàtica de l' Avaluació dels Pacients Hospitalitzats per IC per a la Seva Inclusió al PIC-HM/SLB: intervenció educativa i planificació de l' alta (continuitat assistencial)

Intervenció educativa per part d' infermeria

La intervenció educativa intrahospitalària ha de ser un procés continu desenvolupat des del primer moment en que el pacient arriba a la planta. Cal tenir en compte que el procés educatiu durant la hospitalització ha de ser molt bàsic i basat en els aspectes més importants (assenyalats amb *) donat que el procés educatiu més exhaustiu es realitzarà a nivell de l' Hospital de Dia i en els casos inclosos al PreAlt, a nivell domiciliari per part dels equips d' ATDOM.

Es fonamental que la infermeria implicada es formi de forma continuada en els aspectes més destacats de l' educació en la IC a partir del material disponible a la planta i el procedent d' altres fonts (internet).

Els aspectes més destacables en els quals ha d' incidir la infermera són:

- Consells generals
 - Explicar que és la insuficiència cardíaca i els seus símptomes*
 - Causes d' insuficiència cardíaca
 - Com reconèixer es símptomes més habituals*

- Promoure que el pacient es pesi diàriament i li ensenyi el significat de l'augment de pes brusc*
- Quins són i que fer si apareixen els anomenats SIGNES D' ALARMA*
- Reforçar el contacte amb la UIC en el sentit ampli de la paraula (UIC a Hospital de Dia i UIC a AD) si apareixen el signes d' alarma de descompensació*
- Explicar la importància de ser adherent al tractament farmacològic i a les mesures educatives*
- Promoure l' abandonament d' hàbits tòxics*
- Consell farmacològic
 - Explicar el per que dels tractaments intrahospitalaris*
 - Abans de l' alta, explicar el tractament que seguirà a casa*
 - En la mesura del possible desenvolupar els següents aspectes del tractament mèdic
 - Efectes
 - Dosi i moment d' administració
 - Efectes secundaris
 - Signes d' intoxicació o intolerància
 - Que fer en cas d' ometre alguna dosi
 - Auto-manegig dels diürètics (règim flexible de diürètics) o antihipertensius (pactar abans de l'alta amb el facultatiu com ajustar aquests tractaments en funció de canvis en l' evolució i posar-ho per escrit en el tríptic del pacient)*
- Exercici i descans (amb ajuda de la fisioterapeuta, qui valorarà el lliurament d' instruccions específiques per a certs pacients per a continuar la rehabilitació a domicili)
 - Activitat física*
 - Incorporació al treball
 - Activitat sexual
 - Possibilitat de rehabilitació postalta
 - Descans diari
- Vacunacions
 - Grip
 - Neumococ
- Hàbits dietètics i socials
 - Controlar al ingesta de sal: dieta hipo o asòdica*
 - Aliments rics i pobres en sal
 - Evitar ingesta excessiva de líquids en casos severos (1,5 L/dia)*
 - Dieta cardiosaludable
 - Evitar consum alcohol
 - Evitar tabac
- Seguiment Clínic
 - Com contactar amb Hospital de Dia*
 - Com contactar amb equips d' atenció domiciliària*

Malgrat el procés educatiu és un procés continu, la infermeria ha de trobar moments específics per a poder-se asseure amb el pacient i familiars i reforçar els aspectes educatius més importants. En aquest moment es lliurarà el material bàsic per a l'educació i en aquell mateix moment o en altres després de la lectura per part del pacient i familiars, s' explica el contingut del material així com el tractament que seguirà a l' alta (veure preparació de l' alta) assegurant-ne la seva comprensió.

El material educatiu del que disposem i que es lliurarà al pacient i familiars és

- Full de normes generals per a pacients amb IC (document molt genèric on s' explica que és la IC, els símptomes fonamentals i consells per seguir una vida cardiosaludable)

- Tarja de control de pes i visites (pensada per dur-la sempre al damunt) : és una tarja de petit tamany amb tres fulles, on el pacient pot registrar:
 - pes diari
 - TA cada setmana
 - estat subjectiu en base a una escala analògica visual
 - telèfon de contacte amb l' Hospital de Dia o un espai en blanc per anotar el telèfon de l' AD en cas de pacient PreAlt
 - llista breu dels signes d' alarma
 - quan contactar amb UIC
 - normes bàsiques higiènic-dietètiques (pes diari, dieta sense sal)
- Tríptic de la IC: és, com diu el seu nom, un tríptic pensat per ser penjat en un lloc de fàcil consulta pel pacient, amb poc text i abundants referències visuals, En una cara consta la informació bàsica i resumida de la IC com a síndrome, amb els signes i símptomes més importants i en l' altra cara hi ha espai per a:
 - signes d' alarma de descompensació
 - situacions que poden precipitar una descompensació
 - consells diaris per a una bon nivell d' autocura
 - dades bàsiques de quan contactar
 - on i com contactar amb l' Hospital de Dia o AD
 - pauta individualitzada d' ajust de diurètics en cas de descompensació a aplicar pel propi pacient (per pròpia iniciativa del pacient o a instàncies de la infermera de HD o AD després de contacte telefònic)
- Full de tractament: full individualitzat, pensat per dur-lo sempre al damunt junt amb l' informe d' alta i la tarja de control de pes, on figuren els tractaments que durà el pacient a l' alta amb el nom comercial i genèric, amb una representació gràfica de la caixa del medicament i amb la especificació de la dosi i les preses del fàrmac de forma VISUAL per facilitar el compliment
- Document de suport per a la educació en la IC : aquest és un document realitzat en Powerpoint (es pot utilitzar amb un ordinador portàtil o en els ordinadors disponibles en la Unitat 02 així com imprès), on de forma molt gràfica s' explicarà al pacient la informació bàsica referent a la malaltia. Aquest document te la missió d' homogeneitzar entre tot el personal d' infermeria el contingut educatiu de la seva intervenció, servir de guió a la infermeria en la seva explicació, permetre una intervenció educativa interactiva i visual i amb la seva impressió, poder-lo lliurar al pacient abans de l' alta. Aquest document constarà d' una versió simple per als pacients hospitalitzats, d' una versió extensa per a l' educació ambulatoria a nivell de l' Hospital de Dia, d' una versió adaptada al pacients tributaris d' AD i es podran desenvolupar documents que tractin temes monogràfics en pacients amb major demanda d' informació. Tots els documents inclouran a més dels aspectes educatius propis de la IC, els aspectes necessaris per a una bona recuperació funcional (equip de fisioteràpia) i els aspectes propis de la cura al pacient geriàtric i/o fràgil (equip de Geriatria) pensant sobretot en els pacients que seran tributaris d' AD.
- Sessions de Grup per a l' educació del pacient amb IC
- Sessions de motivació de l' Equip de Rehabilitació

Planificació de l' Alta i Continuitat Assistencial: Connexió amb AP

El procés de planificació de l' alta és un conjunt d' accions organitzades que no es pot fragmentar d' acord amb el recurs assistencial al que és adreçat el pacient després de l' alta hospitalària.

Les necessitats del pacient en el moment de l' alta conduiran a l' activació dels diferents circuits en funció dels recursos assistencial més adient per continuar l' atenció

del pacient. Per tant, el que canviarà serà el recurs al que es derivarà el pacient d' acord amb les seves necessitats i la informació per garantir la continuïtat assistencial. En el procés de planificació de l' alta s' identifiquen diferents fases:

- Avaluació Inicial i Detecció de la Població Diana
- Avaluació Durant l' Hospitalització
- Preparació de l' Alta

AVALUACIÓ INICIAL I DETECCIÓ DE LA POBLACIÓ DIANA

Aquesta avaluació s' hauria d' iniciar dintre de les primeres 48 hores de l' ingrés hospitalari : idealment, l' activació del procés es produeix de forma automàtica tant bon punt la infermera de la sala detecta un nou ingrés per IC i es basa en una TRAJECTÒRIA ESPECÍFICA PER AL PACIENT AMB IC.

Malgrat això, sovint el diagnòstic que figura al full d' ingrés no es correcte de forma que la seqüència d' activació que proposem passa per la intervenció de la infermera coordinadora de l' Equip Multidisciplinari a nivell de Cardiologia (EMD) que a través del seguiment diari dels ingressos a cardiologia i estant en contacte amb el facultatiu de la UIC activa i monitoritza tot el procés mitjançant els següents passos:

- detecció del nou pacient amb IC assignat al equip de la UIC les primeres 24 hores de l' ingrés
- promou l' execució de la trajectòria d' IC amb la infermera del pacient
- registre del procés d' intervenció en la trajectòria
- es comunica a l' equip de neuropsicologia la presència d' un nou pacient amb IC (l' equip de neuropsicologia contactarà de forma sistemàtica, periòdica i espontània amb la infermera coordinadora per a detectar nous casos de IC) .

Simultàniament, l' equip de neuropsicologia inicia l' avaluació cognitiva i funcional del pacient al mateix temps que la infermera de sala en aplicació de la trajectòria d' infermeria realitza les següents tasques:

- Avalua amb tests específics al pacient però també mitjançant l' entrevista d' infermeria
- Efectua l' avaluació d' infermeria en diverses sessions (si la sessió del equip multidisciplinari és imminent farà una avaluació inicial no exhaustiva per a poder comentar-la en la sessió i en un segon terme, anirà completant l' avaluació)
 - Situació social del pacient
 - qüestionari de suport social de Duke
 - funció familiar d' Apgar
 - entrevista estructurada basada en el Oars Social Resources Scale
 - Qualitat de vida per la IC
 - Nivell d' Autocura (Self Care Behaviour Scale)
 - Dependència
 - Fragilitat (Barber)
- L' equip de neuropsicologia comparteix la informació fruit de la seva avaluació amb la infermera de sala i la infermera coordinadora qui la posarà en comú amb el facultatiu de la UIC

Un cop realitzada la avaluació d' infermeria, l' avaluació neuropsicològica i amb la informació mèdica del pacient procedent del facultatiu de la UIC, la infermera de la sala pot activar la intervenció de la resta d' equips de la UIC.

La data d'activació de cada equip i la data d' execució de cada intervenció activada s' hauria de registrar en els fulls d' infermeria.

A efectes pràctics, l' activació sempre es realitzarà donant curs a una sol·licitud estandar d' interconsulta seguint un model específic que es pot consultar en els arxivadors de la unitat 02, on figura la UNITAT D' INSUFICIÈNCIA CARDÍACA com a servei que consulta i que serà redactada pel facultatiu de la UIC, per la pròpia infermera responsable del pacient o per la infermera coordinadora qui en últim terme sempre supervisa la execució de la trajectòria, aglutina la informació procedents dels equips de suport i actua com a interlocutor entre aquests i el nucli de cardiologia de la UIC

Amb la intervenció d' aquests equips es persegueix posar les bases (recuperació funcional, continuïtat assistencial en el millor dels escenaris pel pacient) per a mantenir un alt nivell d' autocura (adherència als tractaments i detecció precoç de la descompensació) i minimitzar el risc de reingrés .

El conjunt dels equips obtindran informació sobre la situació funcional del pacient, la necessitat de cures (si calen) i la valoració del risc social.

Aquesta informació, no només cal obtenir-la d' entrada si no que caldrà actualitzar-la durant l' hospitalització.

Sessions conjuntes equip multidisciplinari: funció i sistemàtica

L' instrument bàsic de comunicació dels equips de la UIC en aquest procés d' avaluació inicial i continuada, a part de contacte sistemàtic personal, la tasca de la coordinadora i la trajectòria d' infermeria, es la sessió conjunta dels equips de la UIC.

- Funció de la Sessió de l' Equip Multidisciplinari de la UIC

Els punts claus per a la intervenció en pacients amb IC són fonamentalment dos:

- la individualització del maneig (en aspectes mèdics, socials, de suport i d' altres)
- la comunicació efectiva entre els professionals i equips que duren a terme la seva intervenció.

La funció, per tant, de les sessions de l' equip multidisciplinari, es permetre un moment de proximitat física entre tots els professionals implicats en el maneig del pacient amb IC per tal de posar en comú la perspectiva de cada un d'ells i , d'aquesta posada en comú, dissenyar una intervenció global adequada per a cada pacient (necessitats per assegurar la continuïtat assistencial i planificació de l' alta), elements també aplicables per a casos complexos atesos ja de forma ambulatoria a la UIC o AP.

- Sistemàtica de la Sessió

Aquestes sessions tenen una durada total de < 1 hora i es duen a terme a l' espai de treball ubicat entre les unitats 02 i 04.

Estan coordinades pel facultatiu de la UIC encara que aquesta tasca pot ser desenvolupada també per la infermera coordinadora de la UIC a nivell hospitalari.

En la primera part de la sessió, el facultatiu de la UIC requereix a la resta de l' equip la informació pacient per pacient amb la següent sistemàtica:

- Resum mèdic de la patologia (tipus, causa, situació clínica i perspectives del quadre d' IC motiu d' ingrés) que motiva l' ingrés del pacient (facultatiu UIC)
- Situació familiar i nivell de suport social del pacient (Infermera coordinadora o infermera responsable del pacient) basant-se en el comentari del resultats dels

tests de funció familiar, nivell de suport social i entrevista estructurada (inspirada en els ítems de la Oars Social Resources Scale)

- Nivell d' autonomia i dependència (Infermera coordinadora o infermera responsable del pacient)
- Nivell d'autocura en la IC i nivell de qualitat de vida determinat per la IC (Infermera coordinadora o infermera responsable del pacient) basant-se en el comentari del resultat dels tests d' autocura i de qualitat de vida específics de la IC.
- Situació funcional i cognitiva del pacient (psicòleg de neuropsicologia) resultat de l' avaluació funcional i cognitiva (MMSE, SKT i altres a criteri dels neuropsicòlegs)
- Estat funcional actual i progressió de l' estat funcional amb rehabilitació intrahospitalària (fisioterapeuta)
- Aportacions de la infermera del Hospital de Dia en aquells pacients ja controlats prèviament en la UIC i de la infermera de recerca si el pacient es inclòs en algun protocol de recerca

En la segona part de la sessió, el facultatiu de la UIC planteja cas per cas fent un breu resum de les conclusions obtingudes en la primera meitat i demana la opinió fruit de l'avaluació realitzada per la infermera de connexió amb AP (infermera de PCA o d' enllaç) i de la resta del equip (UFIS geriatría, assistent social, equip de pal·liatiu) quan la seva presència ha estat requerida.

En aquesta fase, es concretarà el pla para cada uns dels pacients i s' activaran les intervencions que es creguin oportunes definint qui les durà a terme.

Aquest moment de la sessió és idoni per:

- Comentar els pacients tant ingressats a Cardiologia, Urgències o la UGA candidats al PIC-HM/SLB
- Comentar els pacients ingressats a la UGA que requereixin avaluació del Cardiòleg de la UIC
- Comentar els pacients controlats a la UIC ambulatoriament que siguin tributaris d' intervenció multidisciplinària o de aprofundir en la connexió amb AP

L' assistència a la sessió es necessària sempre per part dels següents professionals:

- Facultatiu UIC de Sala/Hospital de Dia
- Infermera Cap d' Àrea de Cardiologia
- Infermera d' enllaç o PCA
- Infermera especialista en IC i coordinadora del procés multidisciplinari
- Infermera de Sala de Cardiologia
- Infermera especialista en IC de l' Hospital de Dia
- Equip Neuropsicologia
- Fisioterapeuta
- Infermera de recerca

Per a la resta de professionals, es requereix la seva assistència sempre que es produeixin alguna de les següents circumstàncies:

- quan s' hagi demanat la seva intervenció (un cop hagin rebut la interconsulta i l' hagin o no duta a terme, acudirán a la sessió de forma espontània, sense esperar una convocatòria específica)
- sense que hagin hagut de valorar cap pacient, quan algun membre de l'equip els ho demani per tal de comentar algun cas (la petició de participació la rebran verbalment o via e-mail)
- quan algun membre de la UGA vulgui comentar algun cas
- sempre que algun pacient de la UGA hagi estat valorat pel facultatiu de la UIC, es requerirà l' assistència del facultatiu Geriatra amb especial interès en IC de la UGA per a la discussió del cas.

Al respecte, es important que tots els membres de l' equip multidisciplinari de la UIC tinguin present la sessió setmanal i hi participin de forma regular i activa per a promoure una alt grau de sinergia entre els equips que conformen la UIC, ja que d' aquesta participació en surten beneficiats els pacients.

Les conclusions referents a les intervencions a dur a terme en cada pacient es registraran en una base de dades consultable en xarxa i que mantindrà actualitzada la infermera coordinadora.

PLANIFICACIÓ FINAL DE L' ALTA

La planificació de l' alta, (veure *protocol del PIC-HM/SLB*) s' ha de realitzar al menys amb 48 hores d' antelació a la data prevista d' alta i ha de ser pactada internament en conjunt amb el facultatiu de la UIC, la infermera de Sala, la infermera coordinadora de l' EMD i la infermera de connexió (en el sí de la sessió o fora d' ella) i externament amb els responsables de l' ABS de destí.

En aquest període, la infermera de connexió:

- actualitza la informació
 - funcional (Barthel)
 - social
 - de necessitat de cures
- comprova que el pacient compleix criteris d' inclusió
- comprova que no compleix criteris d' exclusió
- juntament amb l' equip de sala comunica la inclusió en el circuit específic per a la IC al pacient i/o familiar/cuidador
- activa els mecanismes de coordinació i comunicació amb l' atenció primària
- executa la transmissió de tota la informació a l' equip del ABS :
 - alta mèdica
 - alta infermeria
 - trajectòria entre nivells
- coordina l' entrada en contacte de la infermera de l' ABS i la infermera especialista en IC coordinadora de l' EMD

Bases de la Preparació de l' alta per part d' infermeria de la sala d' hospitalització en pacients amb IC:

- abans de 48 hores de l' alta, el facultatiu facilita el tractament que durà el pacient a casa
- la infermera culmina el protocol educatiu intrahospitalari si no ho ha fet abans:
 - lliura el material educatiu i l' explica detalladament
 - realitza la sessió educativa
 - explica el tractament a l' alta
 - comprova la comprensió de l' explicació
- la infermera responsable del pacient efectua una alta d' infermeria breu dirigida a l' equip receptor
- avisa a la infermera de l' Hospital de Dia i la hi presenta (fonamental en previsió de una potencial derivació domicili-hospital de Dia de la UIC en cas de descompensació que requereixi avaluació hospitalària pels pacients tributaris d' ATDOM i per a facilitar la transferència en els que seguiran controls a l' Hospital de Dia)

- la infermera de connexió coordinarà la comunicació entre la infermera d' AP i la infermera coordinadora de l' EMD:
 - connexió directa si es segueix el model d' infermera d' enllaç que es desplaça a l' hospital + transmissió posterior de informació es farà a través d' un formulari específic o trajectòria, l' alta mèdica i l' alta d' infermeria , a través del mètode tradicional (fax) o, quan estigui disponible, a través d' internet (espai web)/e-mail
 - quan no sigui possible la relació directa, la transmissió bàsica de la informació es completarà telefònicament entre les infermeres implicades
- la infermera coordinadora de l' EMD es responsabilitza de transmetre tota la informació concernent al pacient a la infermera de connexió amb AP incloent el contingut de la educació realitzada, els recursos socials pendents d' implementar i el pla de seguiment del pacient tant si és un pacient per ATDOM com si el pacient seguirà controls a la UIC
- per a pacients inclosos en protocols de recerca, la infermera de sala avisarà a la infermera de recerca sobre la data d' alta per si cal planificar algun seguiment
- la infermera coordinadora comprova que tota la informació està recollida en el quadern de recollida de dades

Criteris d'activació dels equips

Per a activar els diversos equips i per a tenir un criteri homogeni proposem els següents criteris de sol·licitud d' intervenció. Davant del dubte de si es procedent activar o no una sol·licitud d' intervenció el millor es discutir-lo amb el facultatiu de la UIC o en la pròpia sessió del equip multidisciplinari.

EQUIP DE FISIOTERÀPIA

Pacient amb reducció de la capacitat funcional respecte etapa prèvia a l' inici de la clínica que motiva l' ingrés i en sala d' hospitalització es manifesta en una reducció ni que sigui parcial de l' autonomia.

A efectes pràctics, es sol·licitarà la intervenció de l' equip de fisioteràpia SEMPRE excepte en pacients amb una autonomia absolutament preservada a l' ingrés.

L' objectiu bàsic de la seva intervenció és intentar recuperar al màxim funcionalment al pacient abans de l' alta i posar les bases per completar la recuperació amb rehabilitació en els casos en que estigui indicat.

TREBALLADORA SOCIAL

Pacient sense altres factors associats a la IC que comprometin l' èxit de la intervenció multidisciplinària excepte la presència de un suport social baix (test de Duke i entrevista estructurada basada en la Oars Social Resources Scale) o una funció familiar deficitària (test de funció familiar d' Apgar).

En pacients amb deteriorament cognitiu, o un nivell baix al test d' autocura i/o un baix nivell en el test de qualitat de vida per la IC, la petició de valoració per part dels serveis socials s' efectuarà malgrat el nivell de suport social o la funció familiar tinguin valors mitjos.

En pacients amb criteris per a la sol·licitud de valoració per part de l' equip de la UFIS de Geriatria la valoració social podrà completada per la treballadora social d' aquest equip.

En pacients on la manca de suport social o familiar és una barrera per a l' èxit de la intervenció de la UIC, l' objectiu de la intervenció per part dels serveis socials és posar a l' abast del pacient el personal de suport necessari (educadors i treballadors socials) que puguin assegurar un nivell d'autocura adequat en el pacient (supervisió del compliment terapèutic, supervisió de l' estat clínic, co-receptor de la intervenció educativa, gestió de les visites): es fonamental que quan la treballadora social activi aquests recursos, les infermeres d' AP monitoritzin la seva execució i es promogui que aquests rebin la formació adient per preservar l' autocura ja sigui per part de les infermeres especialistes en IC com les infermeres d' AP ja degudament formades per això amb tallers impartits per membres de la UIC Hospitalària. Al respecte es promourà la formació de les treballadores socials de l' àrea amb tallers sobre les necessitats dels pacient amb IC per part de membres amb IC.

EQUIP UFIS DE GERIATRIA

Posar les bases per donar una atenció integral als pacients amb IC passa no només per assegurar un maneig mèdic i diagnòstic basat en els protocols cardiològics sinó també per redreçar aspectes del pacient que poden suposar un al risc de reingrés.

Aquests aspectes, tenen molt que veure amb el perfil geriàtric de la majoria de pacients que pateixen IC i precisen d' una avaluació i intervenció per part de personal especialitzat en Geriatria.

Els factors que defineixen aquest component de vulnerabilitat (risc de reingrés i/o mort) del pacient més enllà de la pròpia IC i que venen determinats per aspectes orgànics, cognitius, funcionals, socials i psicològics conflueixen en el terme fragilitat.

Encara que per a la definició d' aquest terme no existeix un clar consens i el pacient, pel fet de patir IC, ja compliria criteris de fragilitat, en el nostre context, nosaltres entenem aquest terme com aquell estat que es dona en pacients amb IC ja establerta en que els risc de reagudització és elevat per la pròpia malaltia i per la presència de condicionants (equilibri precari entre aspectes biomèdics i socials) que representen un obstacle a assolir un bon nivell d'autocura i en els que aquesta reagudització podria conduir o ha conduït a la presència de discapacitat (i risc d' institucionalització i mort).

La seva detecció pot permetre posar en marxa actuacions diagnòstiques, terapèutiques i rehabilitació amb les que s' eviti o minimitzi el risc de discapacitat.

Per tot això, la detecció per part d' infermeria de potencials pacients amb criteris de fragilitat és fonamental per a l' activació de la intervenció de la UFIS de Geriatria i per seleccionar els pacients tributaris dels recursos per ells gestionats.

Criteris en l' avaluació d' infermeria i neuropsicologia per a l' activació de la sol·licitud d' avaluació de l' equip de Geriatria (UFIS):

Avaluació d' aquells pacients que precisen completar el seu procés de rehabilitació funcional o el seu restabliment clínic en un àmbit de llarga estada i , a més, compleixin les següents característiques.

- Edat superior a 80 anys
- Comorbilitat significativa (altres malalties concomitants que hagin condicionat un ingrés hospitalari en els últims 12 mesos)

- Alteració cognitiva
- Barreres arquitectòniques en el domicili que dificultin accedir als centres de salut
- Limitació de la deambulació severa (per la IC molt simptomàtica o per problemes motrius d'origen neurològic o osteoarticular) que dificultin l' accés a centres de salut
- Utilització freqüent dels serveis d' urgències o reingressos en l' últim any
- Pobre suport social (viure sol i/o no disposar de ningú en cas de precisar ajuda)
- Dependència per les activitats bàsiques de vida diària (Barthel)
- Necessitat d' ajuda freqüent per a la realització de les activitats de vida diària instrumentals (comprar, anar a buscar receptes) ja sigui per problemes cognitius, funcionals (dispnea, limitació a la marxa), afectius (depressió) o sensorials (audició o visió molt afectades)
- Reducció de la capacitat funcional transitòria o persistent i que en el pacient hospitalitzat es manifesti en una limitació com a mínim parcial de la seva autonomia
- Presència d' altres síndromes geriàtriques com desnutrició i caigudes de repetició

Els pacients que compleixin el primer + algun dels subsegüents criteris seran avaluats per l' equip de Geriatria (UFIS) a requeriment de la infermera coordinadora de l' EMD o el facultatiu de la UIC, per tal de determinar possibles intervencions si es que estan indicades:

- Estada a convalsència per a rehabilitació
- Indicació de recurs sociosanitari de llarga estada per restablir l' estabilitat clínica
- Seguiment a la Consulta Externa del Servei de Geriatria

Amb la intervenció d' aquests equips es persegueix posar les bases (recuperació funcional, continuïtat assistencial en el millor dels escenaris pel pacient) per a mantenir un alt nivell d' autocura (adherència als tractaments i detecció precoç de la descompensació) i minimitzar el risc de reingrés .

EQUIP DE CURES PAL·LIATIVES

Establir en pacients amb IC el moment en que el pacient es tributari d' un abordatge purament pal·liatiu és difícil donat que la malaltia cursa a brots i sovint després d' aquests brots existeix una recuperació sense assolir el nivell basal previ.

Lluny de proposar un protocol del pacient terminal amb IC, els criteris per activar la valoració per part de l' equip de cures pal·liatives que proposem son:

- Classe funcional IV persistent
- Absència de resposta al tractament convencional òptim intensiu (refractarietat)
- Baix nivell de QOL per la IC
- Reingressos i descompensacions freqüents en els últims 3 mesos
- Criteris suggestius de progressió de la malaltia
 - Biològics: deteriorament de la funció renal persistent, anèmia
 - Funcionals: empitjorament de la capacitat funcional objectiva (CF NYHA, 6MWT, VO2 pic), de la funció ventricular o dependència per a >2 activitats bàsiques de la vida diària

- De pronòstic: marcadors convencionals de mal pronòstic en la IC en termes de morbimortalitat
- Nutricionals: caquèxia cardíaca, pèrdua ponderal >10% en 6 mesos, albúmina menor de 2,5 mg/dL
- Per consens fruit de la discussió del cas en l' àmbit del servei de Cardiologia i en l' àmbit de l' equip multidisciplinari (sessió de l' equip multidisciplinari): aquest criteri és en qualsevol cas IMPRESCINDIBLE

Després de la valoració per part de l' equip de cures pal·liatives i de la discussió del cas en sessió de l' equip multidisciplinari es decidirà sobre la idoneïtat del trasllat del pacient a una àrea de tractament pal·liatiu específica o en casos seleccionats, un abordatge pal·liatiu centrat en la atenció domiciliària amb els equips específics per aquesta tasca amb l' ajuda de la infermera de connexió amb AP.

INFERMERA DE CONNEXIÓ AMB AP

Àmpliament es descriu la seva intervenció en el protocol corresponent (*PIC-HM/SLB*). A grans trets, els pacients que reuneixen els criteris d' avaluació per part de la UFIS de Geriatria o tenen criteris de valoració per part de l' equip de pal·liatius, però ens el que es preveu una atenció centrada en domicili són la principal població sobre la que aquesta infermera actuarà. També és necessari que aquesta figura permeti connectar a la infermera coordinadora de l' EMD i a la infermeria d' AP en els pacients convencionals que seguiran controls a l' Hospital de Dia.

Integració de les intervencions d' infermeria sobre el pacient amb IC en la UIC i en altres àmbits

La infermera, davant el pacient i la família, tant intrahospitalàriament, com a Hospital de Dia com a AP s' ha de plantejar de forma sistemàtica si el pacient ha translocat la informació impartida en l' educació en actituds (*self care supportive strategy* -estrategia basada en l' autocura), quines possibles barreres poden impedir que s' assolixin els objectius en cada àrea i les possibles solucions a les barreres. Davant cada pacient, la infermera ha de considerar el següent esquema d' actuació.

	Avaluació objectiu	Barreres Compliment	Solucions
CONTROL DEL PES			
RECONEIXER SIGNES ALARMA			
REGIMEN FLEXIBLE DE DIURETICS			
RECONEIXER SITUACIONS DE RISC			
COMPLIMENT TRACTAMENT			
COMPLIMENT MESURES NO FARMACOLÒGIQUES			
CONTACTE AMB EQUIP			
CONTINUITAT ASSISTENCIAL CONNEXIO			

Monitorització del procés mitjançant les trajectòries d' infermeria i registre de dades

Per a garantir un funcionament eficient i fluid del protocol d' intervenció multidisciplinària basat en infermeria les eines fonamentals són:

- Incorporació en el full de trajectòria clínica del pacient les tasques a desenvolupar per part d' infermeria, els criteris d' activació dels equips, les dates d' activació i execució de les intervencions del mateix així com els resultats de l' avaluació expressats de forma qualitativa
- Registre en un formulari específic dels resultats de l' avaluació i intervencions que s' han planificat en cada pacient (base de dades)

L' actual full de trajectòria clínica és el pivot central que permet dur a terme una intervenció eficient sobre els pacients amb IC.